

Kommunal organisering, ledelse og endring: En casestudie av implementering av psykiske helsetjenester i en norsk kommune¹

Marit Kristine Helgesen

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Abstract: The chapter studies one municipality in the process of implementing the Mental Health Action Plan over a 12-year period. The research questions are whether implementation compelled the municipality to change its service delivery organisation, whether management and management roles changed, and if so, how? The data is 21 individual interviews with managers and professionals in the municipality. The chapter shows how the municipality established a mental health service integrated into the unit for home care services for elderly people, yet management at different levels did not include tasks aimed at enabling the services to cooperate, and this created conflict in the relations between them. Implementation of NPM made the conflict worse. More management positions were established in order to facilitate more tasks. The new positions, however, focussed on internal organisational processes, and the conflict was not resolved until the mental health unit was separated from the home care service unit, thus creating two independent organisations that could cooperate in a quasi-market – the operative tool being money.

Keywords: management, mental health action plan, reorganisation

1 Deler av datainnsamlingen er gjort i regi av NFR-prosjekt nr. 196427, som forfatteren gjennomførte i sin periode som ansatt ved By- og regionforskningsinstituttet.

Sitering av denne artikkelen: Helgesen, M. K. (2021). Kommunal organisering, ledelse og endring: En casestudie av implementering av psykiske helsetjenester i en norsk kommune. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 7, s. 131–154). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch7>
Lisens: CC-BY 4.0

Innledning

I 1997 iverksatte Sosial- og helsedepartementet «Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid», som rettet oppmerksomheten mot å styrke psykisk helsearbeid på kommunalt nivå (Meld. St. 25 (1996–97); St.prp. nr. 63 (1997–98)). Når staten gjennomfører reformer, må kommuner som regel forholde seg til en rekke styringsvirkemidler som kan ha ulik styringsautoritet, det vil si den makten staten er villig til å ta i bruk for å sikre at kommunene handler i overensstemmelse med reformens intensjon (Helgesen & Hansen, 2014; Ramsdal, 2013). Kommunene står likevel fritt til å etablere en administrativ organisasjon for produksjon og fordeling av tjenester på den måten kommunen selv anser som effektiv for å nå målsettingen (Baldersheim & Ståhlberg, 2002), og valgt organisasjonsform legger betingelser for utøvelse av lederskap i kommunale tjenester (Mintzberg, 1979). Dette kapitlet diskuterer endringer i de psykiske helsetjenestene i én kommune fra oppstarten av opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid. Kapitlet knytter an til bokens overordnede tema om organisering av tjenester på kommunalt nivå og hvordan dette er et resultat av desentralisering og styrking av ansvaret for psykisk helsetjenester i kommunene. Kapitlet diskuterer dette i en kontekst av statlig styring.

Basert i relevant litteratur og teorier om samordning og ledelse analyseres intervjuer med ledere og medarbeidere i psykiske helsetjenester og hjemmetjenester i én kommune over en tidsperiode på 12 år, fra 2000 til 2012. Selv om reformen ble implementert for en del år tilbake, la den grunnlaget for kommunalt psykisk helsearbeid slik det framstår i dag. Følgende forskningsspørsmål stilles:

Endret kommuner i sin tjenesteytende organisasjon som respons på opptrappingsplanen?

Endret ledelsesoppgavene seg?

Endret lederrollene seg, og i så fall – hvorfor og på hvilken måte?

Kommunalt nivå hadde på tidspunktet fått ansvaret for mange helse- og omsorgstjenester. HVPU-reformen var blant annet gjennomført, samt at forløperen til «Omsorgsplan 2015» satte i gang prosesser for å styrke kommunale tjenester til eldre. Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid kom derfor i tillegg til andre reformer. Den hadde ulike virkemidler

for å styre utviklingen av arbeidet i kommunene, og fire hovedstrategier var sentrale. For det første øremerkede økonomiske tilskudd til hver kommune i henhold til antall innbyggere. Dernest en målsetting om at kommunene skulle bruke tilskuddet til å blant annet ansette 3500 nye medarbeidere med sosial- og helsefaglig bachelorutdanning, og videreutdanne allerede ansatt personell. For det tredje ble kommunene tilrådd å etablere et integrert tjenestetilbud gjennom å samorganisere de psykiske helsetjenestene med hjemmetjenestene for eldre. Til slutt ble det satt et vilkår for å motta finansiering ved at kommunene måtte utarbeide en plan for hvordan den psykiske helsetjenesten skulle utvikles og det framtidige behovet for faglært personell dekket. Planen skulle forankres på politisk nivå. Styringsautoriteten i disse virkemidlene er ulike, men de tre første kan sies å være hierarkiske og styrer innhold i tjenestene, mens det siste også er et virkemiddel som kan sette i gang prosesser lokalt. Kommunal tilslutning til handlingsplaner er frivillig, men de øremerkede økonomiske tilskuddene i planen førte til at de fleste kommunene valgte å delta (Myrvold, 2006).

Utgangspunktet var altså at planen, basert i kommunehelsetjenesteloven, senere helse- og omsorgstjenesteloven (2011), skulle endre kommunal hjemmetjeneste til å også omfatte tjenester til personer med psykiske lidelser. Det er det som ligger i en integrert modell (Myrvold & Helgesen, 2009). Det er en oppfordring fra statlig nivå om at kommunene burde ta i bruk en bestemt organisasjonsform, og kan tolkes på flere måter: for det første at hierarkiske virkemidler ble ansett som sentrale for å styre kommunenes styrking av psykiske helsetjenester. Dernest at psykisk helsetjenester skulle være en forlenging av kommunale hjemmetjenester, gjøre dem mer målrettet, samt forsvarlige og med tilfredsstillende kvalitet. For det tredje kan det ses som en forventning om at tjenesteyting til begge gruppene skulle foregå i et tett samarbeid mellom tjenestene og mellom de to profesjonsgruppene som utførte tjenestene. Disse er sykepleiere og medarbeidere med en treårig helse- og velferdsutdanning og videreutdanning i psykisk helsearbeid (Hanssen & Helgesen, 2011). Fokuset på lokalt samarbeid kan redusere transaksjonskostnader og tar hensyn til at personer med psykiske lidelser krever samordnet innsats fra flere tjenester. Dette inkluderer ikke bare hjemmetjenester, men også bolig,

sysselsetting, sosialomsorg, utdanning og helsetjenester, og kommunene fikk et handlingsrom til å tolke og tilpasse nasjonale målsettinger til sine lokale tjenesteytende organisasjoner (Helsedirektoratet, 2005; Meld. St. 25 (1996–97)).

Kommunene og deres hjemmetjenester er altså konteksten planen skal implementeres i. Fra sentralt hold ble målene i planen oppfattet som tydelige og klare. Det ble forutsatt at den vertikale samordningen mellom nasjonal politikk og lokal gjennomføring var enkel og problemfri, at lokale hjemmetjenester var stabile og homogene, og det ble ikke stilt spørsmål ved hvordan organisasjon og ledelse ble drevet på kommunalt nivå. Iverksettingen av planen ville imidlertid endre de lokale organisatoriske kontekstene for både psykiske helsetjenester og hjemmetjenester fordi en etablert tjeneste skulle omdannes til å innbefatte nye funksjoner eller en ny tjeneste skulle opprettes. Oppgavene for kommunal ledelse, ev. ledere for kommunal helse- og omsorgstjeneste, var å velge og fatte beslutning om organisasjonsmodell, planlegge tjenestetilbudet, dimensjonere det i relasjonen mellom hjemmetjenesten og psykisk helsearbeid, bestemme hvilke brukere det skulle ytes tjenester til, samt regulere ressursforbruket og forholdet mellom profesjonsgruppene.

Teori

Samordning mellom nasjonalt og lokalt nivå, og på lokalt nivå, skjer gjennom hierarki, marked og nettverk (Peters, 2015). Disse blir idealtypisk sett som å følge på hverandre i tid, og varierer langs en rekke faktorer – som blant annet verdigrunnlag, fordelingsmekanismer og organisering av tjenester (Osborne, 2010). I hierarkiet er den weberianske byråkrati-modellen framtreddende: innholdet i tjenestene skal styres politisk ved formelle regler og rutiner, og profesjonell kunnskap er viktig. Maktrelasjonene forutsettes å være klare, og det lokale lederskapet støtter de nasjonale politiske målsetningene, verdiene og normene, samt forvalter ved å utføre pålagte byråkratiske og sektorbaserte oppgaver (Christensen et al., 2015; Osborne, 200). Modellen fremmer profesjonell kunnskap og skjønnsutøvelse som sentrale elementer i tjenesteytingen, og innebærer at det er tillit til at profesjonelle utøver tjenestene som forventet – som

helhetlige, forsvarlige og horisontalt og vertikalt samordnet til brukernes beste. Ledelse fortolkes som forvaltning.

Kritikken New Public Management-tilhengere førte mot denne modellen, og mot offentlig forvaltning i Norge, toppet seg i perioden opptrappingsplanen ble iverksatt. Argumentene var at det byråkratiske systemet var for stort, ineffektivt og forbundet med kostbare tjenester (Christensen & Læg Reid, 2001). Videre at profesjonelle har interesse i og stor påvirkningskraft når det gjelder beslutninger om å utvikle og yte tjenester innenfor den weberianske modellen, samt at det finnes mer effektive måter å distribuere ressurser enn å gjøre det via det offentlige byråkratiet (Ramsdal & Skorstad, 2004). Marked medfører dermed at offentlige organisasjoner låner styringsteknikker fra privat sektor. Eksempler på det er kostnadskontroll, resultatstyring, oppsplitting av tjenesteytende organisasjoner i en-saksenheter, etablering av bestillerenheter og kontraktsstyring (Osborne, 2010). Ledelse av individuelle aktiviteter får en sentral posisjon.

I nettverk, eller samstyring, anerkjennes det at flere aktører har interesser i implementeringen av og kunnskap angående den aktuelle politikken, og kommunene ses i større grad som statens partnere i iverksettingsspørsmål (Hanssen & Helgesen, 2011). Nettverk og kontraktsbaserte avtaler er fordelingsmekanismene, og det gjennomføres forhandlinger om verdier, mening og relasjoner. Ledelse vil si å legge til rette for å komme fram til felles forståelse av disse (Osborne, 2010; Peters, 2015; Røiseland & Vabo, 2016). I dette perspektivet blir kommunen en mer sentral aktør ved implementering av reformer som opptrappingsplanen. Hjemmetjenestene og psykisk helsetjeneste aksepteres som ulike kommunale aktører, og også flere aktører på kommunalt nivå kan inngå, for eksempel en bestillerenhet, brukere, individuelt eller som gruppe, eller private og frivillige tjenestetilbydere. Når større mangfoldighet i lokal kontekst anerkjennes, blir ledelse mer utfordrende.

Ledelsesoppgaver defineres som planlegging, beslutninger, bemanning, samordning, kontroll og evaluering for å kunne iverksette politiske målsetninger (Christensen et al., 2015). Ledelse kan utføres ved å endre strukturer, prosesser og deltakelse (Huxham & Vangen, 2005), og ledelsesformen følger den etablerte oppfatningen av organiserte

omgivelser og er kontekstavhengig (Ansell & Gash, 2008; Røiseland, 2013). I lys av den weberianske modellen, der hierarkisk og regelorientert styring er framtreddende, er ledere forvaltere og administrerer endringene som skjer. I lys av NMP skal de lede sine medarbeidere gjennom endringsprosesser. I tillegg til fragmenteringen av tjenestene, kan det forventes blant annet en aktiv og praktisk orientert faglig ledelse, etablering av tydelige standarder og resultatmål, større fokus på resultatkontroll, samt vektlegging av nøysomhet og budsjettdisiplin (Hood, 1991, s. 4–5).

I nettverket skal ledere ta initiativ til og lede samarbeid med andre aktører for om mulig å komme fram til konsensus. Det er to hovedtyper samarbeidsledelse som kan identifiseres: tilretteleggeren, som vektlegger lederens nøytralitet og profesjonalitet, og som forhandler og mekler mellom samarbeidende aktører. Den andre typen er lederne som utgår fra deltakerfellesskapet, og som har både kontekstspesifikk kunnskap og aktuell faglig ekspertise, samt autoritet og sosial kapital som kan investeres i organisasjonen. At ledere utgår fra deltakerfellesskapet kan ha en styrke i de tilfellene det er maktulighet mellom aktørene (Ansell & Gash, 2008). Tilretteleggeren etablerer en inkluderende, åpen og nøytral tilnærming, administrerer og legger til rette for samarbeid. Nøkkelen ligger i å gjøre det mulig for alle å delta, også dem med mindre makt, og å søke konsensus i utformingen av agendaen og det videre arbeidet (Huxham & Vangen, 2005). Ledere må også sikre at prosessen med å bygge konsensus utstråler integritet, og samarbeidspartnerne må ha myndighet til å ta troverdige og overbevisende beslutninger som er akseptable for alle (Ansell & Gash, 2008). Vedkommende må også ta rollen som mekler og legge til rette for meningsutvekslinger, fremme positiv interaksjon og bygge tillit. Dette samsvarer med det kulturelle lederskapet som identifiseres av Kolind og Sørensen (2011), som primært legger vekt på å danne en samarbeidskultur. Kultur viser her til verdier og det å skape eierskap til prosessen, særlig med hensyn til å få profesjonelle til å anerkjenne kunnskapene og ferdighetene andre profesjonsgrupper besitter. Senere identifiserte Ansell og Gash (2012) også katalysatoren. Katalysatoren engasjerer seg i systemtenkning, kontekstualiserer og rekontekstualiserer problemer og skaper koblinger mellom samarbeid og innovasjon for å identifisere

situasjoner og hendelser som kan skape verdi. Når konteksten, de organiserte omgivelsene, endres og nye strategiske beslutninger og tiltak kreves, kan ledere endre sine oppgaver og roller, eller de kan oppleve endringene som hindre for stabilitet og tolke dem som kritiske situasjoner.

I løpet av de 12 årene kommunen følges har det vært endringer i organisasjonsparadigmene, fra offentlig forvaltning via NPM til samstyrringsorienterte organisasjons- og ledelsesformer. Dermed endres den kommunale organisasjonen, og trolig ledelsesformene. Kapittelet diskuterer om kommunens iverksetting av opptrappingsplanen ble påvirket av endringene, eller medvirket til dem.

Metode

Det er gjennomført en kvalitativ casestudie som bygger på 21 semistrukturerte, personlige intervjuer med ledere og medarbeidere i hjemmetjeneste og psykisk helsetjeneste i fokuskommunen. Intervjuene ble gjennomført i 2003 (4), 2006 (7), 2008 (4) og 2012 (7). Intervjupersonene ble strategisk valgt for å inkludere ledere, ansatte med lang arbeidserfaring og leder av bestillerenheten i 2012. Det ble gjennomført fire intervjuer med ledere fra tjenesteenhet for psykisk helsearbeid og hjemmetjenesten, der hver leder ble intervjuet på to forskjellige tidspunkter, ett intervju med enhetsleder for bestillerenheten og tre intervjuer med overordnede ledere (2006, 2008 og 2012). Det ble gjennomført åtte intervjuer med fagpersonell. En av disse ble intervjuet i alle fire intervjurundene, og en annen i tre. Medarbeiderne ble valgt for å danne et panel som kunne gi utfyllende informasjon om hvordan de kommunale psykiske helsetjenestene og ledere responderte på opptrappingsplanen. På denne måten ble det mulig å følge utviklingen i tjenesteenhetene også etter at opptrappingsplanen var avsluttet i 2008. Alle deltakerne ble intervjuet ansikt til ansikt. Intervjuguiden hadde rom for oppfølgings spørsmål, og intervjuene varte mellom 60 og 90 minutter. Alle intervjuene ble transkribert og analysert systematisk. Det er benyttet tematisk analyse der data ble kodet og kategorisert i henhold til teoretiske temaer, og det ble gjennomført innholdsanalyse som identifiserte sammenhenger mellom temaer og innhold, samt at betydninger ble tolket (Braun & Clarke, 2007).

Kommunen som undersøkes inngår ikke i datagrunnlaget for ROPIT-prosjektet, men er lokalisert på en annen kant av Norge og har om lag 30 000 innbyggere. I dette kapittelet presenteres data som belyser rollen ledelse på flere nivåer og de ansatte spiller i implementeringen av opptrappingsplanen i én kommune som i utgangspunktet valgte en integrert modell for sine psykiske helsetjenester. For om mulig å kunne gjennomføre analytisk generalisering diskuteres observasjonene i fokuskommunen i sammenheng med offentlige dokumenter og forskningsresultater. Dette styrker intervjudataenes pålitelighet. Ved å ha fokus på erfaringene hos ledelsen og profesjonelle, er ikke reaksjonene og motivene politiske aktører eller tjenestenes brukere har på endringene belyst.

Resultater

I dette avsnittet presenteres studiens resultater. Avsnittet er delt inn i underavsnittene «Innledende fase», «Omorganisering» og «I kjølvannet av omorganiseringen».

Innledende fase

Den integrerte modellen ble anbefalt for å styrke samarbeidet og fagmiljøet mellom de ulike profesjonsgruppene og involverte tjenesteenheter (Meld. St. 25. (1996–97)). Dette gjaldt også for kommunen det fokuseres på her. På landsbasis viste det seg at den integrerte modellen ble valgt av flertallet av kommunene, og 68 prosent hadde organisert seg slik i 2002 (Myrvold & Helgesen, 2009). Da var også den første statlige styrkingen av kommunale omsorgstjenester til eldre iverksatt, samt at det var påbegynt en struktur av såkalte undervisningssykehjem for å styrke kompetansen i de kommunale tjenestene (Helgesen et al., 2016).

I fokuskommunen var hjemmetjenestene områdeorganisert i fire enheter som hver dekket et bestemt geografisk område. Hver av dem hadde en stab på 8–12 sykepleiere, der én hadde rollen som deltidsleder som «den første blant likemenn» (*primus inter pares*) – de utgikk altså fra deltakerfellesskapet. Det var etablert månedlige koordineringsmøter

mellom de fire lederne og den overordnede lederen for hjemmetjenestene. Denne administrerte, hadde oversyn med budsjettene og arbeidsdelingen mellom de fire tjenesteenhetene, men det ble ikke etablert en arena for samarbeid. Ledelsesoppgaver som planlegging, bemanning og samordning ble delegert til tjenesteenhetene, men trolig ikke samarbeidet om ettersom områdebasert organisering medførte at det ikke var behov for det. Psykisk helsearbeid ble lokalisert til en av de områdebaserte hjemmetjenestene og underlagt den samme overordnede ledelsen (Myrvold & Helgesen, 2006). På grunn av økende behov for psykiske helsetjenester, og fordi det var gitt øremerkede midler til feltet, vokste de psykiske helse-tjenestene raskt. Erfarne sykepleiere eller andre treårige bachelorer med videreutdanning enten innenfor psykiatri eller psykisk helsearbeid ble rekruttert fra sykehus, hjemmetjenesten og nabokommuner. I 2003, da de første intervjuene ble gjennomført, hadde den integrerte psykisk helsetjenesten seks ansatte og en leder på deltid.

Den manglende tilretteleggingen for samordning medførte at det bygget seg opp konflikter der personalet i hjemmetjenesten blant annet beskyldte psykisk helsearbeid for å tilrettelegge arbeidet annerledes enn hva de gjorde selv. Dette inkluderte at psykisk helsearbeid ikke tok bakvakter og helgevakter, og det ble hevdet at brukere i hjemmetjenesten ikke mottok tjenester for behandling av aldersrelaterte psykiske lidelser. Lederen i psykisk helsearbeid kritiserte på sin side holdningen som lå til grunn for denne kritikken: «Hjemmetjenester ytes til eldre. Det er en interesse for å flytte psykiske helsetjenester ut av det fokuset» (R.1). Organisatorisk betydde det at et skifte var ønsket fra en tjeneste der et geografisk område ble dekket til en tjeneste der kjennetegn ved brukerne var det organisatoriske prinsippet.

Normer og rutiner for gjennomføring av hjemmetjenestenes arbeidsoppgaver var utviklet ut fra den institusjonelle tilhørigheten tjenesten hadde som en områdebasert organisasjon som ble koordinert hierarkisk. De hadde dermed forventninger til at den valgte integrerte modellen skulle medføre at psykisk helsetjeneste skulle styrke tjenestene de ytte til sine eldre brukere. De ønsket at den psykiske helsetjenesten skulle følge hjemmetjenestens normer og rutiner for tjenesteyting. Denne forventningen stemte ikke med de forventningene til utvikling

av profesjonell kunnskap og rutiner personalet i de psykiske helsetjenestene hadde. De ønsket på sin side å reorientere tjenestene mot en ny brukergruppe definert med distinkte behov for psykiske helsetjenester og ønsket å involvere hjemmetjenesten i tjenesteyting til denne brukergruppen. Hvem som var definert som brukergruppen til de psykiske helsetjenestene var uavklart (Ramsdal, 2013), og utgjorde ikke et grunnlag kommunene kunne navigere etter i sitt arbeid med iverksetting av planen. Etableringen av psykisk helsearbeid endret fokuskommunens organisasjon og skapte en maktforskyvning kun i kraft av at tjenesten ble bygget opp. Forskyvningen ble ikke håndtert av lederne. Da hjemmetjenestenes forventninger til utøvelsen av psykisk helsetjenester ikke ble innfridd, ble endringen i makt mellom profesjonsgruppene tydeligere. Hjemmetjenesten opplevde dette som en trussel mot ressurstilgangen og noe som ville ramme deres brukere negativt. De psykiske helse-tjenestene fikk innfridd sine forventninger og hadde både sin sterke vekst og opptrappingsplanens øremerkede midler som basis – tjenesten ble satset på og oppbyggingen styrt av krefter utenfor den kommunale organisasjonen.

Det kan være utfordrende å involvere profesjonelt personell i samarbeidsprosesser. Det kan raskt oppstå konflikt om faglig kompetanse og om hvilken profesjon som tilbyr de beste og mest helhetlige tjenestene, og profesjonsgrupper kan gjøre forsøk på å ekskludere andre (Mangan et al., 2015). Faglige identiteter, normer og verdier samt konflikter om faglige grunnlag (epistemologi) og prosesser der faglig kunnskap ikke deles, vil være til hinder for samarbeid (Sehested & Leonardsen, 2011, s. 223). Det var akkurat dette som skjedde i fokuskommunen. Fordi opptrappingsplanen ble implementert i en hierarkisk struktur, ble det ikke gjort noen anstrengelser for å skape en kultur for samarbeid. Det ble forventet at medarbeidere forholdt seg til regler, og nye rutiner og prosedyrer ble ikke utarbeidet. Implementeringen var ikke forankret hverken hos medarbeiderne eller i ledelsen av hjemmetjenesten. Det ble heller ikke etablert en fungerende arena for samarbeid der det kunne skapes enighet og konsensus om hvordan og til hvem tjenestene skulle ytes. Ingen av lederne på de ulike nivåene engasjerte seg i systemtenkning ved å forholde seg til at det var to tjenester og til konfliktene som oppstod.

Den hierarkiske iverksettingen av psykisk helsetjeneste utsatte den kommunale organisasjonen for betydelige utfordringer av både organisatorisk, ledelsesmessig og faglig karakter, men organisasjonen ble ikke bevisst endret som del av iverksettingen. Den overordnede lederen tok ikke på seg nye oppgaver og opptrådte hverken som tilrettelegger for samarbeid eller megler knyttet til arbeidsdelingen mellom tjenestene. Det ble heller ikke lagt til rette for tillitsbygging; dette ble overlatt lederne *primus inter pares*. De var i en posisjon til å bruke sin kontekstspesifikke kunnskap om egen tjeneste og sin faglige autoritet til å forhandle om arbeidsoppgaver og arbeidsdeling, men den hierarkiske organisasjonen hadde ikke etablert en møteplass, eller forhandlingsarena, der det kunne gjennomføres. Dermed ble det heller ikke på dette nivået lagt til rette for tillitsbygging, og lederne handlet ikke for å fremme en samarbeidskultur. Hjemmetjenesten klamret seg til den makten de hadde knyttet til sine ressurser og brukere.

Omorganisering

I 2004 gjennomgikk fokuskommunen en større, politisk vedtatt NPM-inspirert omorganisering. Dette innebar at den hierarkiske og antatt integrerte organisasjonen ble endret til spesialiserte en-saksenheter. Mellomlederne ble fjernet, hjemmetjenestene fikk én leder, og den tidligere lederen *primus inter pares* for psykisk helsetjeneste gikk inn i heltidsstilling og fikk mer myndighet. Andre deler av myndigheten ble delvis sentralisert til en nyetablert bestillerenhet for helse og omsorg, og noe ble sentralisert hos rådmannen. Bestillerenheten diagnostiserte brukere, vurderte individuelle behov, bestemte hvilken tjenesteenhet som skulle yte tjenestene til enkeltbrukere, samt evaluerte tjenestene. Den fikk ansvaret for å delegere oppgaver og ble dermed den instansen som definerte målgruppen og fattet beslutninger om arbeidsdelingen mellom enhetene. Denne omorganiseringen medvirket til at fokuskommunen ble en av de 33 prosentene av norske kommuner som faktisk organiserte omsorgstjenestene i henhold til en bestiller-utførermodell i 2004 (Monkerud et al., 2016).

I den kaotiske omorganiseringsperioden overførte hjemmetjenesten alle brukere som ble ansett å ha behov for psykiske helsetjenester til denne tjenesten. Den nye lederen for de psykiske helsetjenestene uttalte

i 2006: «Etter tre måneder [var mellomlederne borte] vi fikk en to-nivå-organisasjon og psykisk helsetjeneste ble en selvstendig tjenesteenhet» (R.6). Det ble opplevd som overveldende, ettersom nye rutiner og prosedyrer måtte utarbeides for langt de fleste aspektene ved å drive en tjenesteenhet, ikke minst knyttet til organisering, planlegging av tjenester, etablering av tjenestetilbud og budsjettering: «Det vi kan si helt sikkert er at omorganiseringen ga oss arbeid. Vi har etablert helt nye enheter. Tidligere var vi en del av et hele [...] Vi måtte slåss» (R.6). Lederen i psykisk helsetjeneste kom ikke i en posisjon der det ble mulig å forhandle med hjemmetjenesten om hvilke brukere de skulle yte tjenester til. Nye tjenester – boliger, dagsenter og støttekontakter – måtte etableres, i tillegg måtte det lages nye rutiner for å fatte vedtak om å yte tjenester til individuelle brukere.

Et medlem av overordnet ledelse observerte samtidig at reorganiseringen etablerte «demarkasjonslinjer mellom tjenesteenheter [...] og nå er det konflikter om profesjonelle jurisdiksjoner. Hjemmetjenestene kastet fra seg brukere og etablerte en 'hjemmetjenestesilo'» (R.5). Omorganiseringen gjorde omgivelsene kompliserte for den nye psykisk helse-enheten. Fragmenteringen som fulgte av konflikten mellom hjemmetjenesten og psykisk helsearbeid ble institusjonalisert, og den overordnede ledelsen var fortsatt orientert mot administrasjon og la ikke til rette for at samarbeid kunne foregå hverken som meningsutveksling, interaksjon eller tillitsbygging. Heller ikke lederne i tjenesteenhetene viste interesse for å finne løsninger for å sikre et samarbeidsbasert tjenestetilbud til brukerne. Den NPM-orienterte endringen la til rette for at ledere skulle fokusere strategisk på forvaltning av ressurser som økonomi, personell og kunnskap, samt resultatkontroll og motivering av ansatte til å nå etablerte mål. Dette skjedde ikke. Implementering av NPM forutsetter ansattes selv-styring knyttet til eksterne faktorer. Dette kan ikke sammenlignes med faglig autonomi, som er basert i kunnskapen den enkelte besitter, men skaper interne organisatoriske prosesser som legger press på tilgjengelige ressurser både blant ledere og medarbeidere (Kolind & Sørensen, 2011). Fragmenteringen av psykisk helsetjeneste og etableringen av nye enheter med egne ledere er i tråd med en slik utvikling.

Medarbeiderne i psykisk helsetjeneste opplevde heller ikke at de fikk støtte fra egen ledelse med hensyn til samarbeidstiltak: «Vi har ikke et forum for samarbeid. Vi har spurt om det, men har ikke lykkes» (R.7). Hjemmetjenesten isolerte sin virksomhet og fortsatte i sitt spor, mens psykiske helsetjenester måtte etablere ny organisasjon. Ansvar for å tilrettelegge for samarbeid om fordeling av brukere eller arbeidsoppgaver ble ikke tatt av respektive ledere – de handlet i tråd med det som ble vist til som teoretiske forventninger, og vendte oppmerksomheten mot interne prosesser. Samarbeidsaspektet ved tjenesten ble neglisjert, og initiativet til samarbeid måtte tas av andre aktører og på andre arenaer. Medarbeiderne i psykisk helsetjeneste handlet i samsvar med dette.

Som et svar på hjemmetjenestens opplevelse av å stå overfor en trussel, rekrutterte den overordnede ledelsen medarbeidere til den nyopprettede bestillerenheten utelukkende fra hjemmetjenesten. Dette medførte at enheten ikke ble oppfattet som en nøytral arena, og bidro til at medarbeiderne i psykisk helsetjeneste utviklet mistillit til bestillerenheten. Det ble ikke oppfattet at enheten fattet gode vedtak om hvilke tjenester som skulle ytes til hvilke brukere. Derfor sørget medarbeiderne selv for å komme i posisjon til å forhandle om vedtak: «De [bestillerenheten] har ikke kompetanse om psykisk helsearbeid [...] De vurderer ting veldig ulikt fra oss [...] Vi vet hvordan vedtak fattes. Vi skriver utkast til dem, men bestillerenheten fatter de endelige vedtakene» (R.7). Prosessen med å fatte vedtak ble samarbeidsorientert som følge av at medarbeiderne i psykisk helsearbeid tok initiativet til å etablere en dialogisk praksis: «Vårt samarbeid er ikke dårlig. Vi har gode møter der vi går gjennom beslutningene som skal fattes» (R.8). Dette initiativet medførte at bestillerenheten ble arenaen for forhandling og samarbeid, men uten at det ble lagt til rette for det og uten involvering fra ledelsen.

I kjølvannet av omorganiseringen

I arbeidet med å tilpasse kommunal organisasjon til NPM-løsningene ble kommunene sterkt oppfordret til å formalisere arbeidsrutiner i tråd med forvaltningsloven og dokumentere hvilke tjenester de ytte (Indseth et al., 2012). I fokuskommunen ble det blant annet etablert nye prosedyrer for å

sikre at vedtak var i samsvar med forvaltningsloven (1967, § 2a), som fastslår at beslutninger skal fattes gjennom søknadsbaserte offentlige vedtak og at vedtakene definerer rettigheter og plikter overfor privatpersoner. Vedtakene er av kontraktsmessig art; de definerer forholdet mellom tjenesteheten og brukerne og legger fast hovedtrekkene i tjenestene som skal ytes. Kommunale bestillerenheter profesjonaliserte vedtaksprosessene. Denne endringen medførte at fokuskommunen kontraktsfestet tjenester uten at det var avklart hvilket innhold de skulle ha og til hvilke brukere de skulle ytes. Samtidig begynte kommunen å arbeide mer detaljert med kostnadskontroll ved å definere noen ikke-vedtaksppliktige tjenester. Disse kunne ytes til brukere som selv oppsøkte de psykiske helsetjenestene, og som oppfølging av brukeres pårørende. Å fatte slike vedtak ble delegert til psykisk helses medarbeidere. Formelle vedtak ble etter dette kun krevd for tjenester som skulle ytes i brukernes hjem. Overordnet leder beskrev det slik: «Om det lages vedtak avhenger [...] Noen tjenester kan ytes uten vedtak. Ansatte er profesjonelle, de kan utføre profesjonelle oppgaver. De må kunne arbeide uten vedtak» (R.9).

Lederen ønsket å ta i bruk en ressurs vedkommende oppfattet at eksisterte, og som var «ubundet» (R.9). Strategien for å gjøre dette bestod i å delegere myndighet til medarbeidere og dermed kreve mer kostnadskontroll gjennom profesjonelles egenstyring av tjenesteytingen. Ettersom kun vedtaksbaserte tjenester ble registrert som resultatoppgjør, ble ikke de tjenestene som medarbeiderne selv fattet beslutning om formelt gjort til en del av grunnlaget for finansiering av tjenestene. Medarbeiderne argumenterte for at også slike vedtak burde registreres som resultat og inngå i beslutningsgrunnlaget. Formalisering av vedtak ble gjort uten at det var etablert enighet om hvordan og til hvilke brukere tjenestene skulle ytes. Det skapte konflikt om normer for tjenesteyting, registrering av ressurser brukt internt i psykisk helsearbeid og dermed om hvilke rutiner som skulle gjelde. Medarbeidere opplevde dermed kostnadskontrollen som en innskrenkning av eget handlingsrom og en reduksjon av tjenestenes kvalitet: «Hvis tjenester bare skal være faglig tilstrekkelige blir de snart for dårlige. Vi trenger en buffer, en buffer som beskytter god praksis.» (R.8). Vedkommende er oppmerksom på at det å innrette seg etter slike rutiner og prosedyrer for vedtak kunne få dem til å tenke på måtene

Lipsky (1980) beskriver: «justering av arbeidsvaner og holdninger som gjenspeiler lavere forventninger til seg selv, sine klienter og potensialet i den offentlige politikken» (Lipsky, 1980, s. xii, min oversettelse). Delegering av beslutningsansvar til medarbeidere tydeliggjorde NPM-fokuset på kostnadskontroll og økonomiske insentiver, og viste også til mangel på tillit til at medarbeiderne brukte ressursene godt.

Konfliktene om kostnader og finansiering, samt rutiner og normer for tjenesteyting, var lenge barrierer for at tjenestene skulle finne sin form. Dette falt i tid sammen med at «Omsorgsplan 2015» ble iverksatt, den pekte på at også de kommunale hjemmetjenestene skulle styrkes. Bestillerenhetens faglige slagside mot hjemmetjenestene og mangelen på formelt samarbeid anerkjente ikke at det var flere aktører med kunnskap og interesser i bildet, eller at forhandling kunne gjennomføres for å komme til enighet. Mistilliten medarbeiderne i psykisk helsetjeneste hadde til systemet ble forsterket. Arbeidspresset ble også høyere. I 2008 begynte opptrappingsplanen å gå mot slutten, mens «Omsorgsplan 2015» var et par år ute i sin iverksetting, samt at Samhandlingsreformen var lansert (Meld. St. 47 (2007–2008)). Dette forsterket trolig slagsiden mot hjemmetjenestene. Psykisk helsearbeid hadde fått flere brukere, og en ansatt i psykisk helsetjeneste uttalte følgende: «Vi arbeider mye. Det er mange søknader om tjenester som kommer til oss. Vi må avgrense hvem vi kan yte tjenester til og hvilke tjenester individuelle søkere skal få tilgang til.» (R.13). Videre, for å løse utfordringene knyttet til den horisontale koordineringen med hjemmetjenesten, kommenterte enhetslederen følgende: «Vi må ha avtaler. Slik det er nå, blir vi lurt. Vi vet ikke hva vi skal spørre om når pasienter blir utskrevet [fra sykehuset]» (R.12). Når sykehusene skrev ut pasienter til den kommunale omsorgstjenesten, var det til bestillerenheten i helse og omsorg. Psykisk helsetjeneste var avhengig av denne enheten; den fattet vedtakene og fordelte arbeid mellom enhetene, men opplevde ikke at det var tilrettelagt for forhandling slik at konsensus kunne utvikles om brukere og innhold i tjenestene. Psykisk helsearbeid kontrollerte dermed ikke eget arbeid og situasjonen ble beskrevet som: «Vi bruker mye energi for å finne ut hvor brukerne hører hjemme. Mange brukere er i grenseland; det er ingen klare skiller. Når brukere har vært mentalt syke en lang stund får de somatiske lidelser, og skal vi da, i disse

sakene, starte behandling, eller skal de overføres til hjemmetjenesten?» (R.20).

2008 var for tidlig til å etablere avtaler for å styre den vertikale samordningen mellom kommunenes psykiske helsearbeid og sykehus, og enhetslederne i fokuskommunen arbeidet fortsatt med de ulike konfliktenes de var viklet inn i. Ledelsen i psykiske helsetjenester var opptatt av å sikre at ressurser ble brukt til å yte tjenester kun til egne brukere, og ikke til hjemmetjenestenes brukere, på samme måte som de opplevde at hjemmetjenesten agerte. De psykiske helsetjenestene skapte dermed en egen silo, og helse og omsorg engasjerte seg i det som må kalles «ikke-verdiskapende virksomhet» (Radnor et al., 2012), ettersom begge tjenesteenhetene måtte tilby brukerne ordinære tjenester innen eldreomsorg og psykisk helsearbeid respektive når behovet oppstod. Da psykisk helsetjeneste etablerte en egen bestillerenhet i 2010, ble den organisatoriske fragmenteringen institusjonalisert. Dette grepet løste det fastlåste spørsmålet om ressursbruk, men fjernet arenaen for samarbeid mellom tjenestene.

Da det ble fattet et politisk vedtak om at psykisk helsetjeneste i fokuskommunen skulle endre institusjonell tilhørighet fra helse- og omsorgsavdelingen til de kommunale bolig- og sosialtjenestene, falt dette i god jord både hos ansatte og ledelsen: «Vi har øket avstanden til hjemmetjenestene med hensyn til både budsjett og hvilken overordnet avdeling vi sokner til» (R.19). Ved at fragmenteringen av den kommunale omsorgssektoren ble fullført, ble ikke sykehusenes utskrivning av pasienter, ressursbruk og tjenestetilbudet til brukerne i psykisk helsetjeneste lenger et stridstema.

Med denne reorganiseringen ble kommunen en del av de 50 prosent av kommunene som i 2012 hadde organisert sine psykiske helsetjenester som en separat tjeneste (Tjerbo et al., 2012). I stedet for å forhandle mellom de ulike profesjonsgruppene og forsøke å stabilisere arbeidsdelingen mellom dem og bygge tillit, avsluttet overordnet ledelse konflikten ved å fullføre den organisatoriske fragmenteringen. Først når NPM-reformen var organisatorisk gjennomført og tjenesteenhetene ikke lenger var underlagt samme overordnede avdeling og budsjett, kunne den ønskede og nødvendige samordningen mellom dem etableres. Samordningsarenaen ble formalisert til å være relasjonen mellom bestillerenhetene. For å

inngå i denne samordningen vedtok hjemmetjenesten en modell med et oppgavebasert tjenestetilbud som delte opp omsorgsfunksjonene i enkeltoppgaver som ble målt i minutter (Hanssen & Helgesen, 2011). Dette dannede grunnlaget for fordelingen av økonomiske midler, og banet veien for at bestillerenheten for psykiske helsetjenester kunne bestille og betale for enkeltoppgaver som hjemmetjenesten kunne yte for deres brukere.

Løsningen på den 15 år lange konflikten bestod altså i å etablere et NPM-basert kvasi-marked der de to enhetene kunne opptre som likeverdige parter, og samordningsverktøyet ble penger; et antatt nøytralt virkemiddel. Behovet for ledelse ble dermed sterkt redusert. Samstyring, eller nettverksorientering der begge aktørenes interesser ble anerkjent, ble dermed ikke en realitet i den perioden psykisk helsetjeneste var organisert sammen med hjemmetjenesten. Heller er det mulig å si at mange av NPM-trekkene psykisk helsearbeid fikk i perioden ble videreført i den nye organisasjonen.

Den oppgavebaserte modellen for tjenesteyting var et sentralt tema i psykisk helsearbeid da intervjuene ble gjennomført i 2012. Den ble ansett som håpløs og ineffektiv i en psykisk helsearbeid-kontekst. Psykiske helsetjenester ble i stedet beskrevet som noe som krevde løpende tilpasning til brukere, til behov som oppstår og som ikke kan forutses, og til den enkelte brukers sosiale kontekst. De psykiske helsetjenestene ble dermed anerkjent som en tjeneste som hadde et særskilt kulturgrunnlag med utgangspunkt i enkeltbrukere og deres spesifikke lidelser. Som følge av dette hevdet både ledelsen og de ansatte at tjenestetilbudet ikke skulle dekontekstualiseres, noe som er en forutsetning for et standardisert, oppgavebasert system. Som enhetslederen i psykisk helsearbeid formulerte det: «Jeg håper vi ikke innfører det. I hjemmetjenestene gir [de] medisinsk behandling. De har en spesiell måte å gjøre ting på, mens i vårt tilfelle er brukere mentalt syke. En dag sier du ikke et ord til dem [...] den neste bruker du hele dagen på terapeutiske samtaler. Det er den typen utfordringer vi har» (R.20). Leder av bestillerenheten beskrev psykisk helse som noe som «ikke [var] så konkret som hjemmetjenester», og at man måtte «se ting i en større sammenheng» (R.19).

Ledelsen og medarbeiderne i psykisk helsearbeid erkjente imidlertid at den oppgavebaserte modellen hadde en standardiserende effekt for

vedtaksfatting og rutiner for tjenesteyting, og at den var nyttig fordi det ble laget tydelige beskrivelser av de aktuelle tjenestene som ytes. Dermed kunne også arbeidsmengde forutsies, noe som var en utfordring. Samtalene om slike faktorer førte til at psykisk helsearbeid, overordnet ledelse og de utskilte tjenesteenhetene, samt bestillerenheten, etablerte et prosjekt for å standardisere tjenestetilbudet. Lederen uttrykte det slik: «Vi har startet et prosjekt. Målsettingen er at vi skal utvikle normer angående hvem vi skal yte tjenester til og hvilke tjenester vi skal yte [...] Og jeg tror dette har å gjøre med det faktum at vi skal utvikle likere tjenester, at kommunen skal prøve å yte mer likeverdige tjenester [...] vi kan fortelle brukere: dette får du hjelp for» (R.20). Den oppgaveorienterte modellen bygger videre på kontraktstankegangen som ligger i begrunnelsen for å lage formelle vedtak. De ansatte støttet argumentene fra ledelsen, og stilte selv spørsmål ved tjenestenes omfang og varierende innhold. De argumenterte videre for at standardiserte tjenester av høy kvalitet kunne garantere for at de kunne levere universelle og likeverdige tjenester (R.18).

Drøfting

Det ble stilt tre forskningsspørsmål innledningsvis. Knyttet til det første så vi at alle kommuner på en eller annen måte endret sin organisasjon som respons på opptrappingsplanen. Fokuskommunens respons var at den etablerte en integrert modell. Det ble antatt at den hierarkiske organisasjonsstrukturen skulle sørge for at reformen ble gjennomført. Etter hvert endret den organisasjonen sin i tråd med NPM, og en utstrakt fragmentering av organisasjonen fant sted. Fra å være en helhetlig tjeneste ble det etablert en tåverorganisasjon, et dagsenter og en bolig, etter hvert også en bestillerenhet. Dette var et grep som så ut til å fungere godt knyttet til de organiserte omgivelsene psykisk helsearbeid fungerte innenfor.

Svaret på det andre spørsmålet som ble stilt, om ledelsesoppgavene endret seg, er at trolig gjorde de ikke det. Det var planlegging, beslutninger om bemanning og ressurstilgang, samt tilrettelegging for samordning som under hele prosessen framstår som de viktigste lederoppgavene og de ble gjennom hele perioden gjennomført hierarkisk. Men det ble flere lederoppgaver, og i tillegg til at reformen skulle forvaltes og administreres

etter gitte regler, ble det forventet at ledere skulle inngå i forhandlinger og megle mellom tjenesteenheter og profesjonsgrupper. Både bemanning, ressurstilgang og typer tjenester som skulle ytes, og i tillegg hvilken brukergruppe de skulle ytes til, var faktorer det kunne forhandles om. Men, da det var aktuelt, skiftet ikke fokuskommunen sin oppmerksomhet fra weberiansk forvaltning til NPM- eller forhandlingsledelse på overordnet nivå. På dette nivået skapte noen av hendelsene knyttet til organisasjonsendringen i stedet overraskelse over at det ble stilt spørsmål om profesjonelle jurisdiksjoner og at det ble etablert tjenestesiloer. Lenger nede i organisasjonen medførte NPM at det ble etablert heltidsstillinger for ledere; disse ble knyttet til de ulike enhetene fragmenteringen skapte innenfor rammene av psykisk helsearbeid. Dermed ble det flere lederoppgaver, men for et nytt sett av ledere, nemlig på enhetsnivå. Oppgavene disse lederne fikk var rettet mot organisasjonsinterne prosesser, i tråd med teorien, og medførte at psykisk helsetjenestes fokus på samarbeid ble neglisjert. Analysen tyder på at innføring av nye organisasjonsparadigmer ikke medførte at trekk ved tidligere organisasjons- og ledelsesformer ble skiftet ut, men ble beholdt og videreført i den nye organisasjonen.

Dette peker mot to punkter der kommunen innledningsvis i iverksettelsesprosessen kunne ha handlet annerledes. Det første var at den eksisterende hjemmetjenesten kunne blitt forberedt på at psykisk helsearbeid skulle ha egne ressurser og egen bemanning, og at det ville bli arbeidet for å etablere en gruppe brukere som var i behov av en distinkt psykisk helse-tjeneste, det vil si at hjemmetjenestens posisjon og makt ville endre seg. Det andre var at det også kunne blitt tilrettelagt for samarbeid eller forhandling om disse aspektene ved den nye tjenesten. Disse to punktene leder til svaret på det siste spørsmålet, om lederrollene endret seg og eventuelt hvorfor og på hvilken måte. De nye oppgavene iverksettingen av opptrappingsplanen kunne medført, ble innledningsvis ignorert av ledere på alle nivåer. Som det er vist til over resulterte dette i en altoverskyggende og langvarig konflikt mellom hjemmetjenestene og psykisk helsearbeid som ledet til duplisering av arbeidsoppgaver. Årsaken til manglende endring i lederrollene er trolig at den integrerte modellen ikke satte spørsmålsteget ved ledelse, men forventet forvaltning. Det ble antatt at psykisk helsearbeid skulle være villig til å innordne seg hjemmetjenestens normer og

rutiner for tjenesteyting, og da det ikke skjedde, var det ingen overordnet leder til stede som tok ansvar for å tilrettelegge for forhandling om verdier og mening, blant annet samordning. Det var månedlige koordineringsmøter mellom disse ledelsesnivåene, men det framkommer ikke av datamaterialet at disse ble brukt til å diskutere spørsmålene om bemanning og arbeidsdeling, eksemplifisert som helge- og bakvakter eller ressursfordeling.

Hjemmetjenesten fikk ikke sine forventninger innfridd, og det resulterte i at de kom i en forsvarsposisjon som hindret dem i, også på senere tidspunkter, å inngå samarbeid med psykisk helsetjeneste. Omorganiseringen med utgangspunkt i NPM medførte at eksisterende organisasjon ble fragmentert. Psykisk helsearbeid måtte bygge ny organisasjon med flere ledelsesnivåer, der verktøyene for kostnads- og resultatkontroll, vedtaksfetting samt ledelse på individnivå ble implementert. Slike verktøy er rettet mot interne prosesser, og tar ikke konteksten psykisk helsearbeid eksisterer innenfor, i betraktning. Bortsett fra dette representerte NPM ingen reell løsning på de fastlåste konfliktene i fokuskommunen, men framhevet snarere at det var utfordrende å skulle bygge bro mellom hierarkisk ledelse, ledelse av enkeltansatte og samarbeidsledelse, og at de tilhørende lederrollene resulterte i at de tjenesteenhetene som ikke var motivert til å samarbeide ble isolert. Samarbeid og meglings ble to av de mest forsømte oppgavene i fokuskommunenes implementeringsprosess, og psykisk helsearbeids samarbeidsaspekter ble fortsatt neglisjert. Helse og omsorgs bestillerenhet måtte etableres før det ble mulig å samarbeide, men denne arenaen ble brukt til samarbeid uten at det var tilrettelagt for på et av ledelsesnivåene. Medarbeiderne i psykisk helsearbeid inngikk på eget initiativ i samarbeid med bestillerenheten. Det er den organisatoriske fragmenteringen som ser ut til å ha vært løsningen på konflikten. Fragmenteringen ble ferdigstilt etter 15 år, da psykisk helsearbeid skiftet til en annen overordnet avdeling. Dette ser ut til å ha vært en betingelse for at samarbeid kunne finne sted: Da framstod hjemmetjenesten og psykisk helsearbeid som likeverdige tjenester som kunne inngå i et økonomisk og kontraktsbasert samarbeid.

Hendelsene som er skissert representerer hver på sin måte vippepunkter for utviklingen av de psykiske helsetjenestene. Viktige forutsetninger

for samarbeid er at overordnede ledere tar en nøytral rolle, at beslutninger forankres hos mellomlederne, at det utarbeides troverdige og overbevisende rutiner og prosedyrer for å fatte vedtak som er akseptable for alle parter, og at det tilrettelegges for en felles forståelse av opptrappingsplanen. I et alternativt scenario ville den overordnede lederrollen endret seg med nye oppgaver og ny organisasjon, og dermed hadde ikke vedkommende overtatt hjemmetjenestens oppfatning av at kjerneoppgavene deres ble angrepet. Lederen kunne fått rollen som en nøytral forvalter og tilrettelagt for dialog. Samarbeidet kunne funnet sted på en arena etablert nettopp for dette, noe som er et viktig aspekt med tanke på at hjemmetjenesten hadde fire mellomledere og mange flere ansatte enn psykisk helsearbeid i den innledende perioden, og dermed hadde en sterkere posisjon enn psykisk helsearbeid med sin ene leder. En megler kunne sørget for at det ble tatt beslutninger om ressursfordeling som kunne aksepteres av begge parter, og tilrettelagt for konstruktiv meningsutveksling og tillitsbygging, samt sørget for å forankre beslutninger. Senere kunne en katalysator identifisert eventuelle ikke-verdiskapende situasjoner som oppstod som følge av en mangel på vertikal samordning med helseforetakene, og eliminert disse for å sikre mest mulig effektiv tjenesteyting.

Alle disse lederrollene er nødvendige for å danne en produktiv samarbeidskultur. Hvis alle hadde vært til stede i den innledende fasen av opptrappingsplanens implementering, ville dette trolig vært en enkel prosess. Vi vet imidlertid ikke hva som ville ha skjedd under NPM-omorganiseringen. Fokuskommunen kom sent på banen med denne reorganiseringen, og ved å se på erfaringene fra andre kommuner kunne denne omveien ha vært unngått. En grunn til at dette ikke skjedde, kan være at NPM-omorganiseringen var instrumentell: Det kunne besluttes politisk og administrativt at det skulle implementeres en pakke med organisasjons- og lederteknikker i en organisasjon som ikke fungerte optimalt. Teorien lovet også at NPM skulle legge til rette for samarbeid. Dersom samarbeid var et av de ønskede resultatene, i tillegg til bedre kostnadskontroll, framstod NPM som en riktig løsning. Standardiseringsprosjektet kan belyse det interne fokuset på organisatoriske prosesser. Ifølge NPM burde standardiseringen ha blitt innført på et tidligere stadium i prosessen, men ble gjennomført i 2012 fordi dette var første gang psykisk helsetjeneste

opplevde at de hadde full kontroll over eget budsjett og tjenestetilbudet som helhet. Utad åpnet overgangen til ny institusjonell tilhørighet for nye samarbeidstiltak. Lederen for de psykiske helsetjenestene omtalte dette i positive ordelag: «Mental helse angår boligrelaterte spørsmål i stor grad» (R.19). Vedkommende så derfor fram til å begynne å samarbeide med enhetene der om å tildele sosialtjenester, kommunale boliger og sysselsettingsmuligheter til sine brukere. Senere er psykisk helse slått sammen med tjenester til rusavhengige og blitt en etat som tilbyr individuell oppfølging, samt tilrettelagte bo- og aktivitetstilbud.

Avslutning

Avslutningsvis er det mulig å peke på at opptrappingsplanen ble iverksatt i en brytningstid. Det vil si at en nasjonal plan som var i tråd med verdiene i den weberianske byråkratimodellen i stor grad traff kommuner som reorganiserte seg i tråd med kjennetegnene i New Public Management. Dette skapte forvirring om verdier og normer i de aktuelle tjenestene i casekommunen. Skifte av institusjonell tilhørighet for psykisk helsearbeid i 2012 peker mot at det i tiden etter kunne legges opp til en mer samarbeidsorientert kultur, men der tydelige trekk av NPM ble beholdt i organisasjonen.

Referanser

- Ansell, C. & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Ansell, C. & Gash, A. (2012). Stewards, mediators, and catalysts: Towards a model of collaborative leadership. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 17(1).
- Baldersheim, H. & Ståhlberg, K. (2002). From guided democracy to multi-level governance: Trends in central-local relations in the Nordic countries. *Local Government Studies*, 28(3), 74–90. <https://doi.org/10.1080/714004149>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Universitetsforlaget.
- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2001). New Public Management: The effects of contractualism and devolution on political control. *Public Management Review*, 3(1), 73–94. <https://doi.org/10.1080/14616670010009469>
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-1967-02-10). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1967-02-10>
- Hanssen, G. S. & Helgesen, M. K. (2011). Multi-level governance in Norway: universalism in elderly and mental health care services. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3–4), 160–172.
- Helgesen, M. K. & Hanssen, G. S. (2014). Kommunalt handlingsrom etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17(3), 41–53.
- Helgesen, M. K., Olsen, D. S., Holm, A., Monkerud, L. C. Røste, R. (2016). *Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester*. Norsk institutt for by- og regionforskning & Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Hesledirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* [Veileder]. Hesledirektoratet
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69, 3–19.
- Huxham, C. & S. Vangen (2005): *Managing to collaborate. The theory and practice of collaborative advantage*. Routledge.
- Indseth, M., Klausen, J. E., Møller, G., Smith, E. & Zeiner, H. (2012). *Likeverd mellom staten og kommunene* (Rapport). Norsk institutt for by- og regionforskning & Telemarksforskning.
- Kolind, H. & Sørensen, E. (2011). When public leaders are to lead collaborative innovative process. I E. Sørensen & J. Torfing (Red.), *Collaborative innovation in the public sector* (s. 237–257). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Mangan, C., Miller, R, Ward C. (2015). Knowing me, knowing you, Interprofessional working between general practice and social care. *Journal of Integrated Care*, 23(2) 62–73. <https://doi.org/10.1108/JICA-02-2015-0010>
- Meld. St. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenester*. Sosial- og helsedepartementet.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Prentice Hall.

- Monkerud, L. C., Indseth, M., Stokstad, S., Klausen J. E. (2016). Kommunal organisering 2016. Redegjørelse for Kommunal- og moderniseringsdepartementets organisasjonsdatabase. NIBR-rapport 2016:20
- Myrvold, T. M. (2006). *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002–2005*. Norwegian Institute for Urban and Regional Research.
- Myrvold, T. M. & Helgesen, M. K. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og koordinering*. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Osborne, S. P. (2006). The new public governance? *Public Management Review*, 8(3), 337–387. <https://doi.org/10.1080/1471030600853022>
- Osborne, S. P. (2010). Introduction. The new public governance: A suitable case for treatment? I S. P. Osborne (Red.), *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Routledge.
- Peters, B. G. (2015). *Pursuing horizontal management. The politics of public sector coordination*. University Press of Kansas.
- Radnor, Z. J., Holweg, M. & Waring, J. (2012). Lean in health care: The unfilled promise? *Social Science and Medicine*, 74, 364–371.
- Ramsdal, H. (2013). Statlige reformer og lokal iverksetting – hva betyr det for psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 328–337.
- Ramsdal, H. & Skorstad, E. (2004). *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Fagbokforlaget.
- Røiseland, A. (2013). Forhandle, friste eller fasilitere? Et teoretisk rammeverk for å analysere styring av offentlig-privat samarbeid. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 29(4), 309–326.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Fagbokforlaget
- Sehested, K. & Leonardsen, L. (2011). Fagprofessionelles rolle i samarbejdsdrevet innovation. I E. Sørensen & J. Torfing (Red.), *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor* (s. 215–234). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Meld. St. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- St.prp. nr. 63 (1997–98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Tjerbo, T., Zeiner, H. & Helgesen, M. K. (2012). *Kommunalt psykisk helsearbeid 2012*. Norsk institutt for by- og regionforskning.